

R. A. DE MELKER EN G. J. HORDIJK

Tonsillectomie opnieuw bekeken

Behoudens enkele uitzonderingen is tonsillectomie een ingreep met relatieve en gevarieerde indicaties. De (huis)arts die de indicatiestelling hanteert, zal het beoogde voordeel zorgvuldig moeten afwegen tegen mogelijke nadelige consequenties, variërend van de dood tot niet-fatale anesthesiologische en chirurgische complicaties. Dankzij een zorgvuldiger indicatiestelling is het aantal tonsillectomieën in Nederland de laatste jaren sterk afgenomen. Intussen is er een duidelijke toename van het aantal poliklinisch uitgevoerde ingrepen bij kinderen.

Inleiding

Bovenste luchtweginfecties komen zeer frequent voor bij kinderen. Uit het Monitoringproject blijkt dat de incidentie bij 0-4-jarigen 122,1 bedraagt; bij 5-14-jarigen is dat echter nog slechts 23,1.¹ Fry stelt vast dat er een piek is tussen de 4 en 8 jaar. In dit verband wijst hij op het mogelijke schijneffect van tonsillectomie: de ingreep wordt vaak omstreeks het zesde levensjaar uitgevoerd, vlak vóór de te verwachten natuurlijke daling van de incidentie.²

Tonsillectomie is een van de vele medische interventies waarvan het nut in afgelopen jaren sterk in twijfel is getrokken. Daarnaast wordt steeds meer erkend dat het op jonge leeftijd door-

maken van veel voorkomende luchtweginfectieziekten ook positieve effecten heeft: hierdoor wordt het afweermecanisme van het kind ontwikkeld. Medische interventies kunnen dit natuurlijke proces verstoren.³

In Nederland zijn vooral huisartsen zich bewust van de negatieve effecten van vele medische handelingen; zij benadrukken de wenselijkheid van een strikte indicatiestelling. Anderzijds wordt van specialistische zijde gewezen op het heilzame effect dat een tonsillectomie kan hebben. In dit artikel zal hierop nader worden ingegaan, aan de hand van de volgende punten:

- het aantal tonsillectomieën in Nederland in de periode 1974-1984;
- de indicatiestelling voor tonsillectomie;
- argumenten voor en tegen poliklinische tonsillectomie.

Elf jaar tonsillectomie

Om het aantal tonsillectomieën in de periode 1974-1984 te kunnen vaststellen, maken wij gebruik van twee bronnen: de LISZ-gegevens verschaffen ons inzicht in het totaal aantal tonsillectomieën en het percentage poliklinisch uitgevoerde ingrepen bij ziekenfondsverzekerden (dus exclusief de particulier verzekerden);⁴ de gegevens van het SIG-informatiecentrum hebben betrekking op klinisch uitgevoerde tonsillectomieën van zowel ziekenfonds als particulier verzekerden, maar exclusief poliklinische ingrepen. Bovendien was deze ziekenhuisregistratie in 1974 nog niet representatief voor geheel Nederland.⁵

Uit de tabellen 1 en 2 blijkt dat het aantal tonsillectomieën bij ziekenfondsverzekerden sterk is gedaald, vooral bij kinderen.

In tabel 3 zien we aanzienlijke verschillen per provincie, vooral in 1973, hetgeen kan wijzen op nogal wat variatie in de indicatiestelling.

Tabel 3. Klinisch uitgevoerde tonsillectomieën in 1973 en 1979 per 1000 ziekenfondsverzekerden, per provincie.

Provincie	1973	1979
Utrecht	13,2	6,3
Gelderland	11,6	4,9
Zeeland	9,3	4,2
Groningen	7,8	4,5
Limburg	6,9	3,8
Overijssel	6,6	4,0

Bron: LISZ.⁴

Uit tabel 4 blijkt dat het aantal klinisch uitgevoerde tonsillectomieën in de totale bevolking sterk is gedaald; dit geldt voor alle leeftijdscategorieën en voor beide geslachten.

Uit tabel 5 blijkt dat jonge, bij een ziekenfonds verzekerde kinderen de ingreep in toenemende mate poliklinisch ondergaan. Bij de interpretatie van de LISZ-gegevens moet daarmee rekening worden gehouden.

Een dergelijke sterke daling van het aantal tonsillectomieën deed zich ook voor in Vermont (VS). In 1969 en 1970 varieerde het percentage tonsillectomieën bij kinderen per regio van 0,3 tot 4,4 procent. In 1971 werd begonnen met het publiceren van regionale cijfers in gezondheidszorgbulletins; de verschillen werden sindsdien steeds kleiner, terwijl het totaal aantal ingrepen afnam tot onder het gemiddelde van 1969. In de bulletins wordt overigens niet ingegaan op de indicatie.⁶

Tabel 1. Aantal tonsillectomieën bij ziekenfondsverzekerden, per leeftijdscategorie, 1974-1984.

Leeftijd in jaren	1974	1981	1984
0-10	62.523	31.470	21.026
11-15	3.025	1.434	1.100
≥ 16	12.727	7.313	5.629
Totaal	78.275	40.217	27.755

Bron: LISZ.⁴

Tabel 2. Aantal tonsillectomieën per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar, per leeftijdscategorie, 1974-1984.

Leeftijd in jaren	1974	1981	1984
0-10	37,6	22,5	16,8
11-15	4,0	1,9	1,6
≥ 16	1,8	1,0	0,8
Totale bevolking	8,4	4,1	3,0

Bron: LISZ.⁴

De indicatiestelling

Behoudens enkele uitzonderingen (de absolute indicaties) is tonsillectomie een ingreep met relatieve en gevarieerde indicaties. De (huis)arts die de indicatiestelling hanteert, zal het beoogde voordeel zorgvuldig moeten afwegen tegen mogelijke nadelige consequenties. Deze nadelige consequenties variëren van de dood tot niet-fatale anesthesiologische en chirurgische complicaties.

Relatieve indicatiestelling

Tot voor kort werd een peritonsillair abces nog als een absolute indicatie voor tonsillectomie beschouwd. In de recente literatuur wordt echter een meer genuanceerd standpunt ingenomen.⁷

Tonsillectomie (à chaud) is geïndiceerd bij jonge patiënten met in de voorgeschiedenis een aantal ziekteperiodes ten gevolge van tonsillitis; bij oudere patiënten (ouder dan 30 jaar) of patiënten met een niet belaste voorgeschiedenis is de kans op een recidief echter klein. In de meeste gevallen berust de indicatiestelling overigens op het aantal tonsilinfecties dat in een bepaalde periode is opgetreden, en op de algemene gezondheidstoestand van de patiënt.

Paradise hanteerde in een recente *clinical trial* de volgende, zeer strenge criteria:

- zeven ziekteperiodes door tonsillitis in het afgelopen jaar, óf vijf in elk van de laatste twee jaren, óf drie in elk van de laatste drie jaren;
- elke ziekteperiode moest door de huisarts zijn vastgesteld; bovendien moest de patiënt eerst een of meer keren antibiotica hebben gekregen.

De interventiegroep had de eerste twee jaar na de ingreep minder tonsilontstekingen en tonsillitiden dan de controlegroep. In het derde jaar na de ingreep was zo'n positief effect echter niet meer aantoonbaar.^{8,9} Door deze studie is de discussie over de (relatieve) indicatiestelling opnieuw geopend.

Gezien de resultaten van *Paradise* kan bij een strikte indicatiestelling in het algemeen een positief effect worden verwacht. In de praktijk zullen andere factoren ook een rol spelen: de hulpvraag en de wens van de patiënt of diens ouders, de algemene ziekte-toestand, school- of werkverzuim en (te) frequent gebruik van antibiotica. Het aspect van de tonsillen speelt geen belangrijke rol: artsen blijken hierover geen betrouwbare en consistente uitspraken te kunnen doen.¹⁰

Het optreden van recidiverende tonsillitis moet worden beschouwd als een polyconditioneel probleem.³ De betekenis van het pathogene agens is relatief en de huisarts moet een eventueel infectieus focus (bijvoorbeeld tonsillen) niet zonder meer aanvaarden als de oorzaak van het recidief; hij zal ook moeten nagaan, in hoeverre het weerstandsvermogen van het individu is verminderd. Bekend is het optreden van tonsillitis bij stressvolle levenssituaties.¹¹ Indien wordt besloten tot tonsillectomie, zal de ingreep dan ook slechts een onderdeel moeten zijn van een breder beleidsplan.

Complicaties

Schattingen van het aantal sterfgevallen bij tonsillectomie variëren van 1/1.000 tot 1/27.000 ingrepen. *Hammelburg* vermeldt voor de periode 1961-1975 92 sterfgevallen bij 2.271.161 tonsillectomieën, dat is ongeveer 1/25.000.⁶ Anesthesiologische complicaties, hartritme-stoornissen en niet te compenseren bloedverlies zijn de meest frequente doodsoorzaken.

Bloedverlies wordt in de literatuur in een kwart tot tweederde van de gevallen als doodsoorzaak vermeld (*bijlage*).¹² De meeste post-operatieve bloedingen zijn echter niet fataal en slechts in 0,1-

Tabel 4. Het aantal klinisch uitgevoerde tonsillectomieën per jaar, per geslacht, 1974-1983.

	1974 ^a			1979			1983		
	♂	♀	totaal	♂	♀	totaal	♂	♀	totaal
Tonsillectomie	9.099	11.806	20.905	5.633	7.513	13.146	4.199	6.232	10.431
Tonsillectomie/adenotomie:									
0-10 jaar	36.000	32.003	68.003	21.033	18.679	39.712	13.509	11.321	24.830
11-15 jaar	1.031	1.836	2.867	614	1.044	1.658	364	711	1.075
≥ 16 jaar	1.026	1.590	2.616	578	1.039	1.637	376	726	1.102
Totaal	47.156	47.235	94.391	27.878	28.275	56.123	18.448	18.990	37.438

Noot. In 1974 was slechts 75 procent van de ziekenhuizen aangesloten bij het ziekenhuisinformatiesysteem, tegen 95 procent in 1979 en 98 procent in 1983. De cijfers voor 1974 zijn daarom gecorrigeerd.

Bron: SIG ziekenhuisinformatie.⁵

Tabel 5. Poliklinisch uitgevoerde tonsillectomieën, 1974-1984. Percentages per leeftijdscategorie.

Leeftijd in jaren	1974	1981	1984
0-10	29,3	31,0	42,9
11-15	8,9	9,6	10,6
≥ 16	0,9	1,8	0,7

Bron: LISZ.⁴

Tabel 6. De gemiddelde verpleegduur voor en na klinisch uitgevoerde tonsillectomie, per leeftijdscategorie.

Leeftijd in jaren	Voor	Na	Totaal
0-10	1,3	1,2	2,5
11-15	1,5	2,7	4,5
≥ 16	1,7	4,0	5,7

Bron: LISZ.⁴

6,2 procent van de gevallen gaat het om ernstig bloedverlies. In de helft van die gevallen is opnieuw chirurgische interventie nodig.¹³

Vroege bloedingen (binnen 24 uur) komen vooral voor bij kinderen; in 90 procent van de gevallen treedt de bloeding op binnen 8 uur na de ingreep. Late bloedingen (3-5 dagen na de ingreep) treden vooral op bij volwassenen.¹⁴ Deze bloedingen worden veroorzaakt door afstoting van het fibrineus beslag in de tonsilnis. Dit gebeurt 5 tot 7 dagen na de operatie en bloedingen komen daarvoor veelal thuis voor.

Klinische of poliklinische tonsillectomie

Uit tabel 5 kan worden afgeleid dat de meeste tonsillectomieën 'klinisch' worden uitgevoerd. De gemiddelde opnameduur is bij kinderen 2,5 dag, bij ouderen bijna 6 dagen (tabel 6). De reden voor de relatief lange opnameduur vóór de tonsillectomie is niet duidelijk.

De langere opnameduur bij volwassenen is te verdedigen in verband met de kans op een late nabloeding en de relatief grotere morbiditeit bij tonsillectomie op oudere leeftijd. Bovendien hebben volwassenen meer klachten na tonsillectomie.

Alleen bij kinderen (0-10 jaar) vindt tonsillectomie vaak poliklinisch plaats. Hiervoor kan het volgende advies worden gegeven:

Indien huisarts en ouders van mening zijn dat het kind niet adequaat kan worden opvangen, is 'klinische' tonsillectomie de aangewezen methode.

Indien de ouders in staat zijn het kind wél goed op te vangen en als ze niet snel in paniek raken bij eventuele bloedingen, kan een 'poliklinische' ingreep worden overwogen. In dat geval is echter een observatieduur van enkele uren vereist. Daar het grootste deel van de bloedingen binnen 8 uur na de ingreep optreedt, kan een kind dat vroeg in de morgen 'gesluderd' is, aan het eind van de middag naar huis. Daarna is een goede nazorg van de huisarts gewenst, mede ter ondersteuning van de ouders.

Bij *high risk*-groepen, zoals kinderen met hartafwijkingen, epilepsie, mongoloïde idiotie, bloedingsneigingen en dergelijke, mag de ingreep nooit poliklinisch worden uitgevoerd.

Conclusie

- De indicatiestelling voor tonsillectomie behoort door huisarts en KNO-arts te worden uitgevoerd op grond van het aantal recidieven in een bepaalde tijdsperiode, het schoolverzuim, het antibioticagebruik en de algemene gezondheidstoestand.
- Noch het zonder meer uitvoeren van een overbodige ingreep noch het achterwege laten van een zinvolle medische interventie getuigt van goede medische kennis en kunde.
- De keuze tussen een klinische en een poliklinische tonsillectomie vereist een genuanceerde afweging van voor- en nadelen, tegen de achtergrond van het individu en zijn omstandigheden; hetzelfde geldt met betrekking tot het bepalen van de opnameduur.

¹ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 401-14.

² Fry J. Common diseases. 2nd ed. St. Leonardsgate: MIP, 1979.

³ Grote JJ, De Melker RA. Infecties van de bovenste luchtwegen. Utrecht: Bunge, 1980.

⁴ Landelijk informatie Systeem Ziekenfondsen. Jaarboeken LISZ. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1973-1982.

⁵ SIG. Informatie centrum voor de gezondheidszorg. Utrecht, 1985.

⁶ Hammelburg E. Tonsillectomie, een actueel onderwerp. In: Gerlings PG, Van Es JC, Joossens JV, e.a., red. Het medisch jaar 1980. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

⁷ Herbild O, Bonding P. Peritonsillar abscess, recurrent rate and treatment. Arch Otolaryngol 1981; 107: 540-2.

⁸ Paradise JL. Pittsburgh tonsillectomy and adenoidectomy study. Ann Otol Rhinol Laryngol [Suppl] 1975; 19: 15-9.

⁹ Paradise JL, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. New Engl J Med 1984; 310: 674-83.

¹⁰ De Melker RA. Voor tonsillectomie is een strikte indicatiestelling nodig. In: Querido A, De Roos J, red. Controversen in de geneeskunde II. Utrecht: Bunge, 1980.

¹¹ Meyer RJ, Haggerty RJ. Streptococcal infections in families. Pediatrics 1962; 29: 539.

¹² Pratt LW. Tonsillectomy and adenoidectomy: mortality and morbidity. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1970; 74: 1146-1154.

¹³ Tate N. Death from tonsillectomy. Lancet 1983; i: 1090-1.

¹⁴ Breson K, Diepeveen J. Dissection tonsillectomy. Complications and follow-up. J Laryngol Otol 1969; 83: 601-8.

Bijlage. Complicaties van tonsillectomie.

Complicaties samenhangend met anesthesie

- maligne hyperthermie;
- hartritme stoornissen;
- stembandbeschadiging;
- aspiratie.

Chirurgische complicaties

- bloeding;
- palatofaryngeale insufficiëntie.

Complicaties samenhangend met anesthesie én chirurgie

- luchtwegobstructie door oedeem;
- emotionele problemen.

Rectificatie

In het artikel van Meijer e.a., 'De ICPC als diagnostische classificatie II' (Huisarts Wet 1987; 30: 44-8) zijn enkele storende fouten geslopen:

Op pagina 45, derde kolom staat op de 15e regel van boven en op de 4e regel van onderen '-relaties'. Dit moet zijn: ±-relaties.

Op pagina 46 moet de kadertekst vanaf de laatste regel van de tweede kolom als volgt worden gelezen:

'- een +-relatie: de rubriek waarmee de ICPC-rubriek wordt vergeleken, is omvangrijker en dus minder specifiek dan de betreffende ICPC-code; dat betekent dat verscheidene ICPC-codes overeenkomen met één code in het andere systeem;

- een --relatie: de code waarmee de ICPC-code wordt vergeleken, is kleiner en dus specifiekere dan de ICPC-code; verscheidene ICPC-codes maken deel uit van één code uit het andere systeem;'

De rest van de oorspronkelijke tekst is weer correct.